UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 29

L'OPÉRATION CESARIENNE

CONSERVATRICE

REVUE CRITIQUE DES NOUVELLES MÉTHODES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Janvier 1911

PAR

Jean-Maurice PARREL

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 28 mars 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VALLOIS, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Profes.,
SOUBEYRAN, Agrégé,
DELMAS, Agrégé,
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

1911

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

CONSERVATRICE

REVUE CRITIQUE DES NOUVELLES MÉTHODES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 29

FACULTE DE MEDECINE

L'OPÉRATION CESARIENNE

CONSERVATRICE

REVUE CRITIQUE DES NOUVELLES MÉTHODES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Janvier 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Jean-Maurice PARREL

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 28 mars 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse { VALLOIS, Professeur, *Président.* ; DE ROUVILLE, Profes., SOUBEYRAN, Agrégé, DELMAS, Agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	DOYEN
	SARDA	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladiesmentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique		TRUC (✻).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiene		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards		VIRES, agr. libre
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE.
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	

Examinateurs de la Thèse

MM. VALLOIS, *président.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *prof. adj.*	DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS ET FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR F.-H. BRUNET

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE

PARREL.

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR A. QUEIREL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

PARREL

PREFACE

Pour nous conformer à la tradition, nous sommes heureux de mettre un peu de notre cœur dans quelques lignes de préface. Nous voulons exprimer, tout d'abord, nos sentiments reconnaissants à notre père et à notre mère à qui nous devons d'être ce que nous sommes.

De nos Maîtres de l'Ecole de Médecine et des hôpitaux de Marseille, nous garderons le meilleur souvenir ; nous nous souviendrons aussi bien volontiers du bienveillant accueil qui nous fut réservé par MM. les médecins et chirurgiens de l'hôpital mixte d'Aix-en-Provence, où nous avons passé plusieurs mois comme interne.

Admis dans les cliniques de nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, nous avons bénéficié de leur remarquable enseignement ; nous leur exprimons ici toute notre gratitude.

Nous ne voulons pas oublier non plus M. le docteur Pierre Valette, ancien chef de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Marseille, qui fut notre interne à l'hôpital de la Conception, et à qui nous devons le sujet de cette thèse.

Nous prions enfin MM. les professeurs Vallois et de Rouville ; MM. les professeurs agrégés Soubeyran et Delmas, qui ont si obligeamment accepté de juger notre modeste étude, de bien vouloir agréer nos vifs remerciements.

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER. — Considérations sur l'opération césarienne classique.

CHAPITRE II. — Les Césariennes du fond de l'utérus ; Incision transversale de Fritsch ; Incision longitudinale de Müller.

CHAPITRE III. — Les Césariennes supra-symphysaires.

1. Les Précurseurs : Von Ritgen (Berlin), 1821. Phyzick (de Philadelphie), 1822. Baudelosque neveu (Paris 1823). Gaillard-Thomas (New-York), 1870. Skeene (Brooklyn), 1870

2. Césarienne du segment inférieur par voie transpéritonéale : F. Frank 1906 ; H. Sellheim ; J. Pfannenstiel.

3. — Opération césarienne du segment inférieur par voie extra-péritonéale :

A. Décollement du péritoine vésical.	Phyzick 1824. Sellheim (1re manière) Fraipont. Küstner, Hofmeier, etc.
B. Le péritoine reste adhérent à la vessie	a) La vessie *abordée* sur la ligne médiane sert à écarter la séreuse de l'utérus, W. Latzko. b) La vessie est *abordée* latéralement, A. Döderlein.
C. Accouchement par fistule utéro-abdominale.	H. Sellheim.
D. Hystérotomie et césarienne vaginale combinées.	A. Dührssen 1910. E. Solms —

CHAPITRE IV. — Essai de critique des méthodes nouvelles :

1° Difficultés et accidents opératoires.

A) Dans la méthode transpéritonéale.

B) Dans la méthode extrapéritonéale.

2° Considérations sur les césariennes supra-symphysaires en général.

3° Valeur comparée des méthodes nouvelles et de l'opération césarienne classique.

CONCLUSIONS.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

CONSERVATRICE

REVUE CRITIQUE DES NOUVELLES MÉTHODES

INTRODUCTION

L'extraction du fœtus vivant par une brèche faite à travers la paroi abdominale et l'utérus — opération césarienne ou hystérotomie abdominale — est une intervention qui fut, et à juste titre, jusqu'à l'ère de l'antisepsie et de l'asepsie, considérée comme très grave et pratiquée en dernier ressort, *in extremis,* peut-on dire, tellement les résultats en étaient lamentables. De 1799 à 1877, pas une opération césarienne ne guérit à Paris. On cite quelques cas heureux en province, à la campagne ; les privilégiées qui en échappent sont, en général, des paysannes au tempérament robuste et vivant dans un milieu relativement aseptique.

Les statistiques donnent une proportion de 60 à 80 pour 100 de mortalité maternelle ; la plupart des femmes succombent de septicémie ; lorsqu'elles guérissent, la réunion n'a lieu que par seconde intention, des adhérences se font avec la paroi abdominale, avec l'intestin, des trajets fistuleux et même des fistules stercorales s'établis-

sent. L'asepsie a, de nos jours, heureusement modifié les statistiques ; la technique s'est perfectionnée.

Actuellement, l'hystérotomie abdominale, avec incision sur le corps de l'utérus, est une opération classique, à temps opératoires bien établis, à indications précises, quoique assez limitées. On a justement essayé, depuis quelques années, d'étendre le champ de ces indications en modifiant la technique. En Allemagne, notamment, on a préconisé la césarienne basse, dans laquelle l'incision porte sur le segment inférieur de l'organe. Nous allons passer en revue les principales méthodes employées, et nous essayerons d'examiner la valeur de chacune d'elles. Nous verrons enfin s'il est actuellement possible de tirer une conclusion sur l'avenir de cette opération nouvelle, et s'il nous est permis de la considérer comme une rivale sérieuse de l'opération césarienne classique.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE CLASSIQUE

Etat actuel de la question

Nous n'allons pas décrire l'opération césarienne classique ; sa technique est exposée dans les ouvrages d'accouchement les plus élémentaires. De même, ses indications sont trop connues pour que nous pensions devoir y insister ; nous rappellerons seulement qu'elle n'était pratiquée autrefois que pour les seuls bassins dits « chirurgicaux », c'est-à-dire ceux dont le diamètre promonto-pubien mesurait moins de 5 centimètres. Maintenant, les indications en sont plus étendues et à côté d'indications relatives (hémorragies très graves dans certains cas de placenta prœvia, avec col non modifié chez une primipare), dans certains cas d'éclampsie également, en présence de bassins rétrécis, chez lesquels le promonto-pubien mesure entre 8 et 7 centimètres (dans les aplatis), entre 9 et 8 (dans les aplatis et généralement rétrécis), entre 10 et 9 (dans les généralement rétrécis) (Fabre) ; à côté de ces indications, que nous pouvons considérer comme relatives, prennent place des indications absolues dans les cas de bassins rétrécis dont le diamètre utile mesure moins de 7 centimètres.

Telles sont les indications généralement admises pour pratiquer chez une femme enceinte en travail ou avant tout début de travail, l'hystérotomie abdominale.

Nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître en passant que si on lui a reproché certains défauts que nous examinerons tout à l'heure, certains inconvénients jugés assez graves pour que de nombreux chirurgiens se soient préoccupés d'une modification ou d'une transformation de technique, l'opération césarienne à l'ancienne mode présente quelques qualités appréciables. Et tout d'abord, elle demeure une intervention simple, d'exécution facile, une opération méthodique, bien réglée dans ses temps, ne comportant qu'un minimum d'imprévus et d'aléas. Comme l'a très bien dit le docteur J. Mouchotte, elle s'exécute en quatre gestes, comme elle se définit en quatre mots : deux incisions, deux sutures.

Et les résultats seraient aussi brillants que l'intervention serait simple. Au mois de novembre 1908, M. Mouchotte, alors chef de clinique de M. le professeur Pinard, publiait une série de 14 opérations césariennes, toutes suivies de succès. En octobre 1909, le docteur A. Couvelaire, dans son rapport fait à la Société Obstétricale de France, « Considérations sur la technique de l'opération césarienne pratiquée à l'ancienne mode », cite 47 opérations ayant donné 45 succès et 2 morts (1 mort par septicémie, 1 mort par embolie chez une femme atteinte d'aortite chronique qui, avant l'opération, présentait une thrombose de la veine fémorale gauche).

Voilà le côté séduisant de l'intervention.

Voyons maintenant l'ombre du tableau.

D'abord au cours de l'intervention : l'hémorragie est le principal et le plus habituel des accidents. Quand elle survient, au cours de la section utérine, que le placenta soit

intéressé ou non, il n'y a pas lieu de s'inquiéter ; l'extraction de l'enfant est généralement suivie de la contraction de l'utérus, qui oblitère lui-même les sinus utérins (ligatures vivantes). Si la section n'avait pas été médiane et qu'une branche importante des artères utérines ait été intéressée, la compression de l'utérus par les mains de l'aide et les sutures seraient suffisantes pour l'arrêter.

Plus grave est l'hémorragie par atonie utérine ; elle se caractérise par l'absence de contraction utérine et de rétraction :

Le placenta a été décollé pendant la période de repos physiologique. La compression par les mains de l'aide et la suture ne sont pas toujours suffisantes. L'utérus reste flasque ; chaque point de suture est l'occasion d'une petite hémorragie que la ligature arrête mal. Une fois le surjet séro-séreux terminé, le sang passe dans la cavité utérine, qu'il distend, ou bien s'écoule par la voie vaginale. Mais il n'en est pas toujours ainsi, heureusement, et, comme le dit fort bien M. A. Couvelaire, il faut nous libérer de l'obsession « des colossales hémorragies » par atonie, la tonicité musculaire étant, après évacuation de l'utérus, l'agent essentiel de l'hémostase, et il ajoute :

1° L'incision sagittale et médiane n'intéresse pas de rameaux artériels importants ;

2° Il n'y a pas lieu de redouter l'incision de la zone d'insertion placentaire ;

3° La suture parfait l'hémostase ; elle doit co-apter toute l'épaisseur de la tranche de section. Elle doit être assez solide pour résister aux violentes contractions du muscle utérin (emploi de la soie) ; elle doit assurer l'hémostase avec assez de perfection pour rendre inutile le drainage abdominal ;

4° Le drainage utéro-vaginal doit être assuré.

Mais ces considérations n'envisagent que les cas purs, non suspects d'infection. Il en va tout autrement lorsqu'on se trouve en présence d'une femme qui a déjà subi des explorations multiples, dont le travail se prolonge et dont l'œuf est ouvert depuis plusieurs heures. La grande complication qui est alors à redouter, est la péritonite ; c'est la principale cause de mortalité maternelle. Si les précautions aseptiques minutieuses ont pu diminuer considérablement les chances de péritonite, elles ne les ont pas complètement abolies. La nécessité d'avoir plusieurs aides et d'opérer dans les meilleures conditions possibles, ne permet pas de pratiquer la césarienne dans tous les milieux. La mortalité très élevée de la césarienne pratiquée chez les femmes déjà infectées doit faire rejeter son emploi dans les cas où la poche des eaux est rompue depuis longtemps, ou la malade est fébrile ou sub-fébrile, où des touchers septiques ont déjà été pratiquées.

Et alors, dirons-nous avec C. Jeannin, on voit naître cette grave question :

« Voici une femme qui serait justiciable de l'hystérotomie, mais on ne peut risquer d'ouvrir l'abdomen de peur de voir l'opérée succomber à l'infection. Que faire en pareil cas ? Revenir aux opérations par voie basse, forceps au détroit supérieur, version plus que risquée, embryotomie sur enfant vivant ? C'est là un pis aller, mais ce n'est certes pas la solution du problème. Recourir aux pubiotomies ? Elles ont donné et elles donnent encore tant de déboires, en dépit des espérances que faisait naître l'apparition de chaque nouveau procédé ! L'idéal est donc évidemment de pouvoir pratiquer encore l'hystérotomie, mais en recourant à une méthode moins dangereuse que n'est, en pareil cas, la césarienne classique. Ce double fait, d'une

part, nécessité de prendre la voie haute, et, d'autre part, possibilité d'opérer comme à l'ordinaire, a donné naissance à toute une série de procédés opératoires, que l'on peut réunir sous le nom générique de césarienne supra-symphysaire dite extra-péritonéale ».

CHAPITRE II

Avant d'aborder l'étude des césariennes basses, nous croyons devoir dire quelques mots dans cette revue des méthodes atypiques sur une variété de césarienne, dans laquelle l'incision porte sur le fond de l'organe.

1. *Incision transversale du fond de Fritsch.*

Cette opération n'a point pénétré en France. Mais on peut se faire une idée de ce qu'elle vaut, en tant que technique, d'après la lecture des observations publiées, et ce qu'on a appris dans la pratique de la césarienne en général.

Or, ainsi que le dit C. Jeannin, il faut bien reconnaître que les avantages les plus indiscutables de la méthode de Fritsch (incision sur une région où le muscle est épais et le péritoine est adhérent), ne lui appartiennent pas en propre, mais qu'ils lui sont communs avec tous les autres procédés où l'incision de la matrice porte sur la partie haute du corps utérin. Par contre, l'incision transversale du fond présente certains inconvénients qui ne se retrouvent pas lorsqu'on a recours aux incisions longitudinales ; parmi ceux-ci, nous citerons tout particulièrement la nécessité d'extérioriser le fond de l'utérus avant l'extraction,

ce qui demande une très grande plaie abdominale et expose ipso facto aux risques de l'issue des anses intestinales ; nous signalerons également la possibilité de blessures de vaisseaux importants aux deux extrémités de l'incision utérine.

L'anatomie nous pousse, en effet, à condamner toute incision qui s'éloigne de la zone moyenne très peu vasculaire, pour se rapprocher des bords de l'utérus. Ajoutons que les statistiques ne sont pas de nature à trancher le débat, la mortalité maternelle observée avec cette méthode étant exactement la même que celle que l'on note à la suite de la césarienne classique. Les accidents, lors des grossesses ultérieures, — la rupture utérine en particulier — pouvant arriver dans l'une comme dans l'autre occurrence. Les opérations itératives seraient-elles plus aisées ? Le nombre infime des cas publiés jusqu'ici ne nous fournit aucune donnée à cet égard.

Conclusions..

1° Les conditions opératoires étant supposées idéales, la méthode de Fritsch, ne saurait entrer en comparaison avec la césarienne classique ;

2° Dans les cas où il convient d'ouvrir l'utérus au niveau du fond — anteversion très prononcée de l'organe, adhérence à la face antérieure au cours d'une opération itérative — l'incision transversale reste inférieure à l'incision sagittale de Müller.

3° L'incision de Fritsch pourra trouver une indication dans l'amincissement de la paroi antérieure de l'utérus, dans toute sa hauteur, coïncidant avec des adhérences assez étendues et assez fortes pour mettre l'opérateur dans l'impossibilité d'aborder cette paroi en aucun endroit, indication assez rare, comme on le voit.

2. *Incision sagittale du fond de l'utérus, de Müller*

L'incision sagittale du fond, présente tous les avantages aux sections élevées de l'utérus ; par contre, le procédé de Müller, comme celui de Fritsch, a l'inconvénient d'exiger une très grande plaie abdominale, puisqu'il faut, pour pouvoir atteindre sa face postérieure, extérioriser l'utérus, tout au moins dans sa partie postérieure.

Les adhérences qui pourront se créer consécutivement se feront entre l'utérus et l'intestin, et de fait. Zaccharias a observé un cas où il lui a fallu, deux semaines après l'intervention, pratiquer une nouvelle laparotomie pour lever un ileus dû à des adhérences reliant la matrice à l'épiploon, aux anses grêles et au côlon transverse.

Pour ces raisons, nous pouvons penser que la méthode de Müller reste, les conditions étant idéales, notablement inférieure à la césarienne classique.

Par contre, cette méthode reprendra ses droits dans deux conditions :

1° Lorsqu'il existe une très faible anteversion utérine, comme c'est le cas en particulier chez certaines cyphotiques. En pareille occurrence, l'utérus pointant en avant vient tout naturellement présenter son fond au bistouri aussitôt le ventre ouvert ;

2° Lorsque, pratiquant une césarienne itérative ou lorsque, opérant une femme qui aura subi antérieurement une hystéropexie, on tombe sur des adhérences utéro-pariétales résistantes et étendues, la méthode de Müller permettra d'aborder l'utérus dans la seule région demeurée accessible. Dans certains cas même, on sectionnera la matrice seulement au niveau du fond de la face postérieure ;

3° Dans les conditions indiquant l'incision du fond, la section sagittale de Müller sera préférée à la section transversale de Fritsch.

D'après ce qui précède, nous sommes autorisé à penser que ces méthodes, véritables méthodes d'exception, peuvent être considérées d'une façon générale comme inférieures à la césarienne classique. Aussi bien l'une que l'autre, elles nécessitent une grande plaie abdominale. En outre, la première, par son incision transversale expose à la section des gros vaisseaux utérins ; la seconde, par son incision longitudinale fait courir les risques d'adhérences consécutives, compliquées parfois d'occlusions intestinales.

CHAPITRE III

LES CESARIENNES SUPRA-SYMPHYSAIRES

Le but à atteindre étant d'inciser l'utérus au niveau du segment inférieur, en se tenant à l'abri de la grande cavité péritonéale, deux grands moyens ont été proposés : ou bien on passe au travers du péritoine, dont on isole la plus grande partie par quelque artifice de technique, c'est la voie transpéritonéale ; ou bien on chemine jusqu'à l'utérus, en rebroussant la séreuse qui le recouvre, c'est la voie extra-péritonéale.

Article premier. — Les précurseurs

L'idée d'aborder l'utérus par voie extra-péritonéale n'est pas nouvelle. Dès 1821, Von Ritgen (Berlin), supposant que la gravité de l'opération césarienne tient à l'ouverture de la cavité péritonéale, proposa de faire une incision au-dessus de l'aine, comme cela se pratique pour la ligature de l'artère iliaque externe et de décoller le péritoine de la fosse iliaque.

Il opéra de cette manière sur la femme vivante, en 1821, mais, ne pouvant extraire le fœtus, il fut contraint d'inciser au milieu du ventre mais sans succès.

C. Baudelocque fit en 1824 la même proposition et eut

aussi la hardiesse de la mettre à exécution sur la femme vivante. Il fut, comme Ritgen, obligé de renoncer à extraire le fœtus de cette manière et de pratiquer l'opération sur la ligne blanche. Enfin, Physick, de Philadelphie, vers la même époque eut la même idée : il conseille de faire une incision transversale immédiatement au-dessus du pubis et de décoller le péritoine du fond de la vessie pour arriver au vagin.

Il nous faut arriver ensuite à l'année 1870, pour enregistrer les premiers succès opératoires avec la gastro-élytrotomie de Gaillard-Thomas de New-York et Skeene de Brooklyn.

Rappelons brièvement la technique de cette opération. Condition préalable : dilatation complète ou dilatabilité de l'orifice utérin :

1° Incision de l'abdomen, du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallope. Le péritoine est respecté ;

2° On décolle le péritoine en se dirigeant vers l'insertion du vagin au col de l'utérus ;

3° Incision vaginale après introduction préalable d'une sonde-guide ou de l'index et du médius de la main gauche ;

4° On extrait le fœtus par les pieds à travers la plaie vaginale.

Nous verrons plus loin que le professeur A. Dührssen, dans son opération qu'il a appelée la laparo-colpo-hystérotomie (Gynæk. Rùndschaû 1910) paraît s'être inspiré de la gastro-élytrotomie de Gaillard-Thomas.

Article II. — Opération par voie transpéritonéale

§ 1. — *Méthode de Frank.*

En 1906, Frank (de Cologne) communiquait l'observation de sept parturientes opérées d'après une nouvelle méthode qu'il appela « supra-symphysâre-kaiserschnitt » consistant essentiellement à inciser la paroi abdominale au-dessus de la symphyse, en passant au travers du péritoine, mais en se tenant, grâce à des sutures, en dehors de la grande cavité séreuse, pour ouvrir l'utérus au niveau du segment inférieur.

En voici la technique : On commence par faire une incision transversale au-dessus du pubis, incision qu'on poursuit jusqu'au péritoine inclusivement ; les muscles et aponévroses sont sectionnés à quelque distance de l'os, afin de faciliter leur reconstitution par la suture. Le relâchement de la paroi, l'utérus une fois évacué, rend aisée leur coaptation et prévient toute chance ultérieure de hernie.

Au cours de cette incision, les vaisseaux épigastriques sont reconnus et liés sans difficulté. La cavité abdominale ouverte, on incise transversalement le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, on le décolle de la face antérieure de l'utérus ou des ligaments larges, et on le relève de façon à rendre abordable la portion sous-péritonéale de l'organe, c'est-à-dire le segment inférieur.

Mais avant d'ouvrir l'utérus, on suture la lèvre du lambeau péritonéal détaché de sa face antérieure à la lèvre supérieure de l'incision du péritoine pariétal ; de la sorte tout le reste de l'opération se passe en dehors de la cavité péritonéale. On pourrait, dit Frank, essayer de

décoller le péritoine du cul-de-sac existant entre la paroi abdominale et la vessie, décoller le péritoine de cette dernière et finalement celui de l'utérus ; de cette façon, on éviterait absolument l'ouverture de la séreuse. Cette manière de faire offre pourtant quelques inconvénients. D'abord, le décollement du péritoine vésical donne souvent lieu à une hémorragie assez abondante ; ensuite les rapports de la vessie et de la paroi dans le cas de grossesse ne sont pas suffisamment constants. Tantôt la vessie est tout entière dans le petit bassin, tantôt elle est en grande partie dans l'abdomen ; de même on voit dans certains cas le péritoine passer directement de la paroi abdominale sur l'utérus sans former de cul-de-sac vésico-pariétal, et dans d'autres cas se réfléchir derrière la vessie avant d'aborder la face antérieure de l'utérus. Il est donc nécessaire de reconnaître ces rapports par une inspection directe et c'est à cette nécessité que, d'après Frank, correspond l'ouverture préalable de la séreuse. De toute façon, au moment où l'on arrive sur le péritoine, il faut bien faire attention de ne pas ouvrir la vessie au lieu de la cavité abdominale ; la première se reconnaît à la direction des vaisseaux et à la sensation de double paroi ; en cas de doute, on ouvrirait latéralement afin d'être sûr de ne pas tomber sur la vessie.

L'évacuation de ce réservoir n'est pas une garantie contre l'accident en question, car la compression exercée par le fœtus sépare souvent la vessie en deux poches, l'une abdominale, l'autre pelvienne, et c'est seulement cette dernière que vide le cathétérisme. Après l'extraction de l'enfant, l'utérus revient sur lui-même, et le segment inférieur sur lequel a porté l'incision se trouve dans le petit bassin ; aussi fera-t-on bien de passer un fil dans chacune des lèvres de la plaie utérine afin de

prévenir cet enfoncement qui rendrait la suture très difficile.

M. Frank aurait ainsi opéré avec succès 13 parturientes dont 12 se trouvaient dans une situation qui contre-indiquait l'opération césarienne classique, ou qui ne l'aurait permise qu'au prix des plus grands risques, vu que ces patientes étaient plus ou moins infectées par le toucher, des manœuvres obstétricales antérieures ou la rupture déjà ancienne de la poche des eaux ; dans 3 cas notamment cette rupture datait de 24, 27 et 33 heures.

Dans les cas douteux, on draine l'espace péri-utérin, ou même la cavité utérine par la plaie abdominale ; le pire qui puisse arriver est la formation d'une fistule uté-ro-abdominale, faible inconvénient en regard des péritonites que donne en pareils cas l'opération césarienne habituelle. L'absence de drainage pourrait amener le développement d'un abcès en face la ligne des sutures, mais on n'aurait alors qu'à inciser. (Archiv. f. Gynâkol., 1907.)

Frank fut suivi dans cette voie par de nombreux accoucheurs, tels que Fromme, Veit, Baumm, etc., chacun apportant quelque modification de technique.

§ 2. — *Méthode de J. Pfannenstiel* (1908).

(Deutsche Mediz. Wochensch. 1908)

M. J. Pfannenstiel incise également et systématiquement le péritoine.

Voici la technique opératoire conseillée par l'auteur : incision transversale des fascias, longue d'environ quinze centimètres ; ouverture du péritoine au-dessus de la vessie sur une étendue d'environ dix centimètres ; incision médiane, portant sur le segment inférieur de la matrice, éventuellement, plus bas, sur la zone supérieure du col. Dans ce but, pendant la grossesse ou *sub partu*, tout au

début de la dilatation, décollement de la vessie, temps inutile quand la dilatation est plus avancée. Dégagement de l'enfant (utilisation, le cas échéant, soit d'une branche de forceps comme levier, soit du forceps appliqué *lege artis,* et, en certains cas, extraction de l'enfant par un pied, éventuellement après version), ligature du cordon, comme à l'ordinaire, et sans précipitation.

Expectation jusqu'à ce que le placenta commence à se décoller, un temps durant lequel on peut s'occuper du nettoyage de la région, du changement de compresses, du commencement de la suture de l'utérus, etc. Expression à la Crédé du placenta ; suture de l'utérus : 1° une rangée de sutures sous-muqueuses ; 2° une suture continue musculo-musculaire ; 3° une suture péritonéale continue. Finalement, fermeture du ventre par le mode de suture ordinaire, dans le cas d'incision transversale des fascias.

§ 3. — *Méthode de H. Sellheim* (1908).

Zentral Blatt. für Gynakologie, 1908)

L'opération que nous allons décrire n'est pas absolument originale ; c'est plutôt un dérivé du procédé d'accouchement supra-symphysaire que Frank fit connaître dès 1907, procédé initial qui a déjà subi de multiples modifications. L'opération modifiée de M. H. Sellheim se présente comme rivale, à l'occasion, de la césarienne classique, de la césarienne vaginale, du Porro, des opérations pour l'agrandissement du bassin, etc.

Technique. — Demi-sommeil à la scopolamine ; anesthésie médullaire (position très élevée du bassin) ; à cinq centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse, incision transversale de 15 à 20 centimètres, légèrement

concave en haut, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'aux fascias, dans l'étendue de l'incision cutanée. Formation aux dépens de la peau et des fascias d'un lambeau supérieur et inférieur bien libéré jusqu'à la symphyse. Fixation des lambeaux par des sutures à la soie, en haut et en bas, de telle façon que la ligne blanche soit sur une étendue de cinq centimètres bien découverte par l'incision. Division des muscles droits. Décollement sur une petite étendue de la couche connective de la face inférieure des muscles droits. Le bord du muscle droit est ramené dans l'angle latéral de la plaie cutanée, au moyen de sutures au catgut, à points séparés. Incision transversale au travers de la couche connective, immédiatement au-dessus de la limite supérieure de la vessie, repérée à l'aide de ce qui reste de l'ouraque, et, de ce fait, si aisément reconnaissable. Traction de la vessie vers la symphyse en agissant sur le sommet de l'ouraque. Accès jusqu'au col utérin et dans l'espace sous-vésico-utérin, diversement, suivant l'état du péritoine.

1° Lorsqu'un petit segment seulement de la vessie est recouvert, décollement du péritoine de la vessie.

2° Quand la situation extra-péritonéale de la vessie est incomplète et que la décortication du péritoine paraît pénible, incision transversale du péritoine, immédiatement au-dessus de la limite supérieure de la vessie, et pénétration à travers une autre incision transversale intéressant le pli vésico-utérin dans l'espace sous-séreux pré-cervical, après que le bord supérieur du péritoine pariétal a été deux fois solidement suture au péritoine du col utérin soulevé par une pince.

3° Section transversale du péritoine pariétal au-dessus de la limite supérieure de la vessie et prolongation

de l'incision jusqu'au voisinage de l'irradiation du ligament rond dans le canal inguinal. Incision transversale du péritoine sur la paroi antérieure de l'utérus près du fond de la vessie, et prolongement de l'incision dans la séreuse pariétale.

Suture du bord supérieur de la séreuse pariétale avec le bord supérieur de l'incision du péritoine utérin, par une double suture continue au catgut.

Latéralement, au point où les ligaments ronds abordent en rayonnant le canal inguinal, la séreuse pariétale peut, sans incision transversale antérieure, être réunie au péritoine sous-jacent du col utérin ou des parties limitantes du ligament large ; décollement du bord inférieur du péritoine utérin, obtenu par l'incision transversale, et de là pénétration dans l'espace sous-séreux précervical.

4° Au cas d'oblitération des culs-de-sac vésico-utérins, incision simple des feuillets soudés, jusqu'au col de l'utérus et, de là, pénétration dans l'espace sous-séreux précervical. Après traitement du péritoine, décollement de la vessie vers le bas, éventuellement jusqu'au vagin. Sur les parties latérales, mieux vaut procéder à un décollement mousse avec le doigt. Sur la ligne médiane, on peut avoir à couper aux ciseaux quelques adhérences solides. Décollement et refoulement du repli vésico-péritonéal jusqu'au corps de l'utérus ; application de la vessie avec un écarteur contre la face postérieure de la symphyse. Section dans le sens longitudinal de la paroi du col de l'utérus. Fixation des lèvres de l'incision à l'aide de pinces fines mousses. Suivant le besoin, prolongation de l'incision en bas jusque dans le vagin ; en haut, jusque sur le corps de l'utérus ; éventuellement, avec utilisation

d'autres pinces, pour l'attraction des angles de l'incision.

Si la poche des eaux existe, rupture des membranes ; attendre que l'utérus se soit adapté à la réduction du contenu. Puis dégagement de l'enfant à travers la brèche utérine, en soutenant la force expulsive naturelle par une pression sur le fond de l'utérus et, au besoin, en ramenant la tête fœtale de l'entrée du bassin, soit à l'aide d'une branche de forceps agissant comme levier, soit à l'aide d'une contre-pression exercée par le vagin (manœuvre souvent nécessitée seulement par le décubitus en position élevée du bassin et par l'anesthésie médullaire).

Ligaturer si le pouls a cessé dans le cordon et attendre la rétraction utérine et l'adaptation de la matrice à la nouvelle réduction de son contenu par la sortie de l'enfant. Injection d'ergotine. On aide le décollement du placenta par de légères frictions de l'utérus.

Expression du placenta décollé par le procédé de Crédé; saisie du placenta ; torsion des membranes. Ainsi, « autant que faire se peut, avec ces modifications dans les conditions ordinaires, accouchement naturel suivant la voie nouvellement créée, en un endroit en quelque sorte légitime, sans qu'il soit besoin de toucher à la cavité du corps de l'utérus, sauf indications particulières ».

Grâce à l'évacuation de l'utérus par étapes, en quelque sorte, l'évacuation ne dépasse pas les limites physiologiques. L'accouchement fini, fermeture de la paroi utérine par des sutures profondes au catgut. Renfort et recouvrement de la série des sutures à points séparés par une suture continue au catgut des parties utérines limitantes. Fixation de la vessie par une sorte de raphé médian sur la ligne de sutures du col de l'utérus, au moyen de quelques sutures à points séparés.

Fixation du lambeau péritonéal, un peu décollé sur la paroi antérieure du col, dans le voisinage du pli vésico-utérin, déplacé vers le haut. Suture de la plaie connective transversale, même dans les parties latérales.

Fixation de la couche connective par quelques sutures, interrompues vers le milieu de la face inférieure des droits. Fermeture de l'incision du muscle droit par une suture continue au catgut qui, çà et là, intéresse un peu la couche connective.

Diminution de la position élevée du siège ; oblitération des fascias par une suture à points séparés et une suture continue. Fermeture de l'incision cutanée avec les agrafes de Michel.

Bandage. Sac de sable.

Article III. — Césarienne du segment inférieur par voie extra-péritonéale

Nous arrivons maintenant à des techniques qui tendent, sans y réussir toujours, à se tenir complètement en dehors de la cavité péritonéale. Nous avons alors deux écoles : la première, qui cherche à éviter le péritoine en le décollant de la vessie de bas en haut : c'est la réalisation, ou plutôt la tentative de réalisation de l'idée émise par Phyzick en 1824. Nous verrons, par ce qui suit, que le décollement du péritoine vésical n'est pas si aisé, et que, le plus souvent, on aboutit à des déchirures péritonéales avec hémorragies plus ou moins abondantes.

Cette technique, d'abord préconisée par Sellheim, fut bientôt abandonnée par ce dernier pour l'opération supra-symphysaire trans-péritonéale, comme nous venons de le voir. Cette méthode par décollement du péritoine

vésical est également employé par Küstner, Hofmeier, Freünd, etc. La deuxième école, et certainement la meilleure, évite le péritoine et le laisse adhérent à la vessie, qui est abordée soit sur la ligne médiane (Latzko, 1909), soit latéralement (Dôderlein, 1909).

A. *Décollement du péritoine vésical.* — H. Sellheim qui, le premier, préconisa cette méthode de césarienne basse, reconnut bientôt la difficulté qu'il y avait à l'employer systématiquement et, dit-il, « il y a deux éventualités à considérer :

» 1° Dans le cas de déplissement spontané notable du péritoine, de son entraînement par l'utérus en voie d'accroissement, il suffit d'un simple décollement et refoulement de la séreuse en haut et d'un refoulement de la vessie en bas pour mettre à découvert une zone suffisante du canal excréteur de l'utérus pour l'incision vaginale.

» 2° Dans le cas contraire de « mobilisation » spontanée insuffisante du péritoine, on incise la portion de la séreuse adhérente à la vessie, portion qu'on laisse *in situ*, et on refait par suture le pli vésico-utérin, et l'on continue, comme dans le cas précédent. »

Cette méthode ne reste donc qu'exceptionnellement extra-péritonéale et comme nous le verrons dans les observations qui suivent, presque tous les opérateurs ont eu des déchirures plus ou moins étendues du péritoine, ainsi que le dit J. Pfannenstiel à ce sujet, et il ajoute : « ...Aussi M. Frank, à priori, ne s'est-il pas obstiné dans l'intervention extra-péritonéale. »

Frank publie, en effet (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de mars 1910), un cas de césarienne supra-symphysaire strictement extra-péritonéal : « ...La paroi ab-

dominale ouverte, on tomba directement sur l'utérus, sans qu'il fût besoin de refouler péritoine ou vessie, circonstance due à la haute élévation du péritoine et à la large extension de l'utérus... » Donc, circonstance exceptionnelle, M. Frank ne s'obstine pas dans cette voie. Et, dit encore M. J. Pfannenstiel : « Sellheim conseille, à la vérité, quand c'est possible, d'opérer en dehors du péritoine, mais il ne méconnaît pas les difficultés de cette technique et, au cas de non-réussite, il divise transversalement le péritoine : « J'ai dû moi-même, après une tentative malheureuse pour manœuvrer en dehors du péritoine, renoncer complètement à ce principe de l'acte opératoire extra-péritonéal, et je conseille de suivre systématiquement la voie transpéritonéale. »

Observation Première

De Césarienne suprasymphysaire. — Extra-péritonéale à la Sellheim, par Hofmeier

X..., 34 ans, primipare. Bassin plat, rachitique.

Dernières règles mi-juillet 1907. Accouchement, 27 avril 1908, donc à terme. Douleurs depuis cinq heures. Rupture de la poche des eaux. Expulsion de méconium. Orifice externe à peu près comme une paume de main ; position irrégulière de la tête, moitié gauche du bassin libre. Après vingt-six heures encore de contractions énergiques, l'utérus paraît extrêmement distendu, étiré jusqu'à l'appendice xyphoïde. La partie inférieure proémine fortement ; tête fœtale toujours excentrique au-dessus du vagin. A cause de la grande étroitesse du vagin, pas de version ni de pubiotomie, mais la césarienne extra-péritonéale.

Opération. — Incision sagittale de la paroi abdominale commençant immédiatement au-dessus de la symphyse jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Décollement du péritoine de la face supérieure de la vessie, celle-ci nettement reconnaissable 2 à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse. Comme

on refoule davantage en haut le péritoine, il se déchire sur une largeur à peu près de 2 à 3 centimètres. Suture immédiate. Décollement de la vessie aussi bas que possible du col de l'utérus. A ce moment, la paroi antérieure du col et le segment inférieur de l'utérus apparaissent sur une étendue d'une largeur de main environ dans le champ opératoire. La paroi utérine mince est ouverte par une incision longitudinale et on essaye de dégager la tête par l'occiput ; ce dégagement est d'abord impossible. La prolongation modérée de l'incision en haut dans la paroi de l'utérus amène une hémorragie passablement abondante. La tête fœtale ne peut être extraite qu'avec le forceps. Liquide amniotique fétide et grumeleux ; enfant profondément asphyxié, qui ne respire bien qu'après un quart d'heure de soins. Sur le pariétal postérieur, à signaler un petit point de nécrose par compression par le promontoire. En dépit d'une bonne nourriture, l'enfant ne se développe pas bien ; toutefois, à sa sortie de la clinique avec sa mère, il avait un peu augmenté.

En raison de l'état d'infection apparente du contenu de l'utérus, la plaie ne fut pas complètement fermée et l'on mit un petit drain en caoutchouc dans l'angle inférieur. Suites de couches troublées par l'infection putride de cette plaie, qui, en partie, ne se cicatrisa que secondairement.

Etat général constamment bon. Exeat au bout de cinq semaines ; cicatrice solide, longue environ de 4 travers de doigts ; utérus haut et accolé à la paroi abdominale. Jamais de troubles viscéraux.

Observation II

Par Küstner (Juillet 1908)

Primipare 17 ans ; bassin rétréci, conjugué vrai, 8,5. Tension énorme du col ; présentation du pariétal postérieur. Début du travail à terme ; durée des douleurs, 24 heures ; perte des eaux depuis 5 heures. Dans ce cas, le champ opératoire resta parfaitement extrapéritonéal Suites opératoires troublées, mais non d'une manière alarmante. Suppuration dans les deux angles de la plaie.

Observation III

par Küstner (juillet 1908)

Primipare, 36 ans, bassin limité, conjugué vrai, 8 1/2 à 9. Grossesse à terme. Perte des eaux depuis 4 jours déjà ; début du travail depuis 24 heures. Tête fœtale non engagée ; présentation du pariétal postérieur ; bruits du cœur fœtal mauvais ; dilatation presque complète, tension accusée du col. Opération à la Sellheim, avec incision transversale des fascias ; au cours du décollement du péritoine vésical, se produit une légère brèche de la séreuse, fermée immédiatement ; incision longitudinale du col fortement aminci ; dégagement assez pénible de l'enfant ; issue d'une grande quantité de liquide amniotique fétide ; suites troublées. Le sixième jour, le pansement est changé ; enlèvement des sutures et évacuation d'une certaine quantité de pus, mêlé de bulles gazeuses. Guérison. La mère et l'enfant quittèrent la clinique en bon état.

Ainsi, sur les trois observations qui précèdent, deux présentent le même accident opératoire : déchirure du péritoine pendant son décollement de la vessie.

Cet accident arrive également à M. Fraipont (de Liège), deux fois sur quatre opérations.

Cette méthode de M. H. Sellheim n'est donc pas une méthode vraiment extra-péritonéale, puisque la grande séreuse se trouve si fréquemment intéressée.

Il nous reste à décrire maintenant le procédé extra-péritonéal de Latzko (de Vienne), et de Döderlein (de Münich).

B. Le péritoine reste adhérent à la vessie. (W. Latzko, Vienne, 1909). *a*). — Latzko, de Vienne, appliqua avec succès un procédé extra-péritonéal, pour la première fois, le 26 avril 1908.

Observation et Technique

Observation Première

28 ans. Secondipare. Première grossesse terminée à 5 mois par avortement. Bassin plat, conjugué vrai, 8 centimètres. Présentation du sommet première position. Orifice externe : 4 centimètres. Rupture des membranes depuis 20 heures. Depuis 18 heures, travail actif. Bosse séro-sanguine forte ; chevauchement des os du crâne. Après 4 heures d'observation, travail au même point. T. : 36°5. Expulsion de méconium. En considération des examens internes effectués (sage-femme, plusieurs médecins) et du fait de la rupture des membranes 24 heures auparavant : césarienne extra-péritonéale.

Technique : Injection dans la vessie de 150 cc. de liquide. Incision longitudinale de 12 centimètres au-dessus de la symphyse et suivant la ligne blanche jusqu'au péritoine.

Ecartement des muscles droits. La vessie, flasque, située au-dessus de la symphyse, est décollée (ce que je ne conseille pas, ajoute M. Latzko) en agissant sur sa droite, du col, et réclinée à gauche. Le décollement de la vessie par en bas, par en haut celui de la séreuse lâche, donne un espace suffisant pour inciser le col et le segment inférieur de l'utérus longitudinalement. Après dégagement de l'enfant, du poids de 3600 grammes, et du placenta, la plaie utérine est suturée au catgut ; la vessie, abandonnée à elle-même, rentre spontanément à sa place, et après fermeture de la paroi abdominale, sauf en un point pour le drain, les conditions anatomiques normales sont restaurées.

Dans les premiers jours post-opératoires, T. jusqu'à 38°3. Le 21e jour, sortie de la femme, guérie.

Observation II

39 ans, IIIpare ; premier enfant, sortie spontanée, mort. Deuxième enfant extrait avec le forceps, asphyxie profonde, ranimé, mais mort après quelques heures. La mère désire vivement un enfant vivant.

Bassin plat, rachitique, conjugué vrai, 9 centimètres. Présentation du sommet deuxième position. Après 24 heures de travail (examens internes fréquents par la sage-femme), 8 heures après la rupture des membranes, la tête fœtale restant au détroit supérieur et avec les signes d'une rupture imminente, césarienne extrapéritonéale qui s'exécute comme dans le premier cas, mais plus aisément, par la raison qu'à la faveur du long étirement du segment inférieur de l'utérus, le repli vésico-utérin resta à peu près inaperçu. Après incision médiane de la peau et des muscles, il suffit, en agissant par la gauche, de refouler la vessie à droite pour inciser immédiatement et longitudinalement le col distendu, et d'extraire, comme en se jouant, l'enfant, du poids de 4200 grammes, qui se présentait par l'épaule.

Terminaison de l'opération comme dans le premier cas. Durée totale de l'opération : 20 minutes.

Observation III

37 ans, IIpare ; premier accouchement 10 ans auparavant, terminé par craniotomie. Bassin généralement rétréci ; conjugué vrai, 7 centimètres 1/2. 30 juin, 3 heures du matin, début du travail ; à 2 heures de l'après-midi, écoulement des eaux. Présentation du sommet deuxième position. Le 1er juillet, à 2 h. 1/2 du matin, césarienne extra-péritonéale, le segment inférieur de l'utérus étant très distendu. Technique comme dans l'observation II. Un cordon blanchâtre qui, de la vessie, se dirigeait à gauche, fut incisé après double ligature. Le péritoine ne fut pas aperçu. Incision longitudinale du col. Extraction avec le forceps d'un enfant pesant 3800 grammes, asphyxié, mais ranimé.

A la révision du champ opératoire, constatation d'une blessure à la vessie causée par l'écarteur employé. Suture au catgut. Drainage, à cause de cet accident, de l'espace rétrovésical et cathéter à demeure. Suites régulières. Exeat 19 jours post-operationem.

« Ce procédé opératoire, dit l'auteur, qui apparaît nettement de la seule lecture de ces observations, se distingue de ceux employés jusqu'ici par le fait qu'il est stric-

tement extra-péritonéal. On n'a pour ainsi dire rien à faire avec le péritoine, ou si peu qu'on peut sans le léser, par la simple pression digitale, le refouler en haut. Et cela constitue une supériorité sur celui de H. Sellheim, dans lequel, à cause de la forte adhérence de la séreuse à la vessie, il faut réaliser un décollement difficile, non mousse, ce qui déjà, sans des blessures vraies, rend le péritoine moins apte à lutter éventuellement contre les germes venus de la sous-séreuse vésico-utérine, que le repli péritonéal doucement décollé et non troublé dans sa nutrition. L'acte chirurgical n'est facile que quand l'accouchement est avancé. Plus le segment inférieur de l'utérus est étiré, et plus haut est ramené le repli vésico-utérin, moindre est l'hémorragie, et d'autant plus grand utilisable l'espace pour l'incision. C'est un avantage de plus de cette méthode extra-péritonéale, qu'elle permet plus qu'aucune autre, plus que l'hébostéotomie ou que la symphyséotomie, de laisser plus longtemps le travail aux efforts de la nature, sous cette réserve cependant que ni la mère, ni l'enfant, ne souffrent de cette expectation. Lorsqu'on est forcé d'opérer, le segment inférieur étant peu distendu, l'intervention est d'une exécution forcément plus difficile. Et cette utilité d'attendre plus longtemps pour bénéficier d'une technique plus aisée, assurerait forcément, dans les cas purs, un avantage à la césarienne classique. »

b) *Opération césarienne par la méthode extra-péritonéale latérale* (Dôderlein, 1909).

Manuel opératoire.

Premier temps : Incision de la paroi abdominale. L'incision de la paroi va de l'épine iliaque antérieure et supé-

rieure jusqu'à la ligne médiane. L'incision est parallèle à l'arcade de Fallope, à deux travers de doigts de l'arcade. L'aponévrose du grand oblique est sectionnée, ainsi que le muscle petit oblique et transverse.

Deuxième temps : Décollement du péritoine. La vessie est alors remplie avec 150 grammes d'eau, de manière à ce que son contour soit visible. La main droite est enfoncée dans le tissu cellulaire, entre la paroi du bassin et le péritoine, et décolle d'un coup tout le repli péritonéal.

L'hémorragie est très faible ; il n'y a pas besoin de ligatures. Le cul-de-sac péritonéal est récliné en haut au moyen d'un écarteur.

Troisième temps : Incision du segment. Le segment est énormément distendu par la tête ; il est très mince ; il faut éviter de blesser l'enfant. L'incision est légèrement oblique ; elle est faite prudemment à la partie supérieure de la saillie céphalique, et poursuivie par en bas avec des ciseaux minces, à petits coups, pour éviter toute lésion de l'uretère et des vaisseaux qui l'accompagnent. Il est inutile de disséquer l'uretère. L'incision ne saigne pas, ou seulement très peu. Elle est faite légèrement oblique de 16 centimètres. Un certain nombre d'opérateurs ont été gênés, ne pouvant la faire suffisante pour le passage de la tête.

Quatrième temps : accouchement. — L'expulsion fœtale est provoquée par des pressions sur le fond de l'utérus ; avec deux doigts insinués dans la partie inférieure de l'incision, la tête est dirigée vers la brèche du segment ; une branche de forceps, maniée comme levier obstétrical, aide au dégagement de la tête. Le forceps peut être appliqué ; la version podalique peut être pratiquée.

Délivrance : Après section du cordon, on laisse l'utérus se rétracter, puis on fait la délivrance suivant la méthode

de Crédé ou par la délivrance manuelle. Pour éviter les hémorragies abondantes, le cordon est introduit dans le col et on pratique la délivrance retardée.

Cinquième temps : Suture du segment : les lèvres de la plaie sont suturées ; dans la partie inférieure de l'incision on aperçoit l'orifice cervical. La suture est très simple : des points séparés au catgut sont placés à un centimètre les uns des autres et par-dessus on fait un surjet au catgut. Un drain est laissé dans la plaie et aboutit à la partie inférieure de l'incision, où il est fixé à la peau.

Résultats. — M. Dôderlein a opéré 10 malades par son procédé, avec 10 succès pour la mère et l'enfant : il a opéré des cas non infectés.

Avantages : 1° l'accouchement est vraiment extra-péritonéal ;

2° L'opération est simple et peut être exécutée en une heure, c'est-à-dire dans un temps égal à celui d'une césarienne du corps ; 3° le champ opératoire peut être drainé et le drain fonctionne, alors que dans la césarienne du corps, il ne fonctionne pas.

Le drainage est possible par l'angle inférieur de la plaie abdominale ou par le vagin.

A la Société obstétricale de France (octobre 1909), M. Dôderlein a justifié comme il suit sa méthode latérale, extra-péritonéale : 1° L'accouchement est vraiment extra-péritonéal ; dans le cas où le péritoine est intéressé sur une petite surface, un point de suture suffit à fermer le péritoine.

Les dangers d'infection sont très diminués et les adhérences intestinales entièrement évitées ;

2° L'opération est simple et facile à exécuter en une demi-heure, en un temps plus court que la césarienne

classique. La suture de la paroi du col est plus rapidement faite avec un surjet au catgut ;

3° L'hémorragie est minime. M. Dôderlein n'a jamais eu besoin de ligatures ou d'autres moyens d'hémostase ; la suture suffit complètement.

4° La vessie ne peut être blessée parce qu'elle est située sur le côté ;

5° L'accouchement par le forceps ou l'extraction manuelle ne présentent pas de difficultés ;

6° Le champ opératoire peut être drainé par la voie abdominale ou la voie vaginale ; au contraire, le drainage ne peut fonctionner ou fonctionne mal dans la césarienne classique ;

7° Le danger d'éclatement de la cicatrice, lors de grossesses ultérieures est moins à redouter sur le segment inférieur que sur le corps.

« Un jugement définitif ne peut être porté sur cette opération qui n'est pas complètement fixée, mais il semble qu'elle présente de réels avantages sur la césarienne classique ; et contribuer à sa mise au point est actuellement un travail utile. Il faut le faire avec prudence, pour ne pas encourir le reproche de précipitation ». M. Dôderlein dit en terminant qu'il n'est pas encore temps d'étendre les indications de cette opération aux cas infectés.

Une opération à la Dôderlein par M. Doléris.

« J'ai fait l'opération de Dôderlein ce matin sur une femme qui ne devait sûrement pas accoucher seule ; elle avait un bassin de moins de 9 centim. 1/2, était à terme avec un gros enfant.

» Par avance, j'avais résolu de pratiquer chez elle aujourd'hui même la césarienne primitive. La femme était

dans les conditions les plus favorables, lorsque mon interne me téléphona ce matin à 6 heures 1/2 qu'elle avait perdu les eaux, et que l'opération ne serait plus une opération primitive.

» Je me trouvais donc dans les conditions requises pour l'opération de Dôderlein, qu'il ne faut pratiquer que lorsque le segment inférieur est dilaté au maximum et quand l'utérus est contracté depuis assez longtemps. La tête était encore haute quand j'arrivai à l'hôpital, mais le segment inférieur devait être distendu, car le col était effacé. Quant à ce point spécial de la distension du segment inférieur je n'étais pas renseigné en raison de la perte des eaux et je suis allé un peu à l'aventure. Il me semble toutefois que l'étendue de celui-ci ne mesurait pas plus de 5 à 6 centimètres de hauteur : de sorte que l'incision verticale m'aurait conduit sur le corps par en haut ou sur le vagin par en bas ; j'ai donc fait une incision très oblique et je suis arrivé sur la tête fœtale. La tête n'est pas venue toute seule : on ne peut pas extraire un sommet avec les doigts à travers une telle boutonnière. L'aide a fait de l'expression énergique et l'expulsion s'est faite ainsi assez péniblement.

» Ici, une faute de technique, un accident. Pour extraire la tête, on m'avait préparé un forceps brûlant, stérilisé à la minute. Il m'a fallu me passer de cet instrument indispensable avec l'opération actuelle. La délivrance s'est effectuée très rapidement. Après la délivrance, il y a eu un nouvel à-coup : le sang est venu en assez grande abondance d'un point que je ne voyais pas. J'ai fait faire une injection d'ergotine, à tort certainement, et une minute après la contraction du corps de l'utérus a fait gicler le sang d'une foule de petites artérioles utérines au point incisé.

» L'opération en somme s'est faite très rapidement, très facilement. Les fibres musculaires paraissent coupées dans le sens de la longueur et pas du tout dans le sens transversal. Je n'ai pas fait de drainage extérieur, j'ai pratiqué seulement un drainage utéro-vaginal. C'est une opération que j'aurai pu faire en 30 minutes, sans les incidents. Il m'a fallu 10 minutes de plus, étant donnés l'outillage insuffisant et l'impossibilité d'extraire le fœtus au moyen de l'instrument propre à cet office.

» Il peut exister des cas dans lesquels, avec un travail très avancé, on se risquera à passer par cette voie latérale avec plus de succès que par l'autre. Je ne suis pas encore très convaincu. Cependant, les 10 opérations de M. Dôderlein ont toutes été suivies de succès. Elles ont été pratiquées, il est vrai, avec un travail commencé depuis longtemps et une dilatation déjà très marquée de l'orifice utérin. C'est une opération qui doit être alors plus facile, sans apparence de danger spécial et, en somme, pouvant être réservée et appliquée à des cas particuliers que je ne veux pas préciser avec une expérience aussi récente et aussi limitée.

» Ce qui m'a paru fort net dans mon cas, c'est le peu d'étendue en hauteur de la zone sur laquelle doit porter l'incision, le segment inférieur. Cela doit tenir à ce qu'il y a eu une rupture prématurée des membranes et écoulement du liquide amniotique avant tout début de travail ; avec une incision verticale, telle qu'elle est conseillée, c'est certain, je n'aurais pas pu extraire la tête, en raison de l'exiguité de la boutonnière utérine. »

C. — *H. Sellheim. Accouchement par le fistule utéro-abdominale.*

M. H. Sellheim propose pour les cas nettement suspects d'infection, chez la parturiente, fébricitante, ce qu'il a appelé l' « accouchement par fistule utéro-abdominale ».

Avant d'aborder les détails de technique, voici ce qu'il dit au sujet de cette méthode : «... En présence de cas non purs, infectés, ou très suspects d'infection, il faut s'efforcer d'empêcher une extension de l'infection ; toutes les autres conditions de guérison étant relativement secondaires. Et, précisément, aucune des autres méthodes opératoires qu'à l'heure actuelle on pourrait, dans le cas de disproportions insurmontables entre le produit à expulser et la filière génitale, tenter pour le salut de l'enfant, ne réalise suffisamment cette condition capitale : dans la césarienne classique, plaie abdominale et cavité abdominale restent ouvertes ; pour l'opération de Porro, il n'en sera pas beaucoup mieux. Dans l'accouchement supra-symphysaire à la Frank, dans la césarienne extra-péritonéale, on cherche, certes, à fermer la cavité abdominale, mais nous ouvrons d'autant plus largement le tissu cellulaire pelvien. Dans la section du bassin, on éloigne, dans les cas heureux, la plaie des parties maternelles, du tractus génital infecté, mais on laisse d'autant plus de temps aux agents infectieux pour nuire à l'enfant... Or, d'après mes tentatives, je tiens pour faisable, sans compromettre le moins du monde la vie de l'enfant, d'accoucher la parturiente fébricitante à la faveur d'une plaie minima et d'une protection aussi parfaite que possible de la plaie abdominale, de la cavité abdominale, et du

tissu cellulaire pelvien. Au total, création d'une fistule utéro-abdominale au travers de laquelle se fait l'accouchement. Pour l'établissement de cette fistule, il faut choisir une région au niveau de laquelle les plans de la paroi abdominale correspondent ou peuvent aisément être amenés à correspondre, et, condition essentielle, qui pourront continuer à correspondre en dépit des rétractions inévitables de l'utérus au cours des suites de couches. Or, cela est possible, avec une incision sagittale, médiane, à travers la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de la symphyse, et avec une incision sagittale, médiane de la portion étirée de l'utérus correspondante ou amenée à correspondre. La blessure est réduite au minimum par le choix de la ligne blanche et du milieu de la portion étirée de l'utérus. »

Technique. — Incision sur la ligne médiane commençant immédiatement au-dessus du pubis. Suture du péritoine pariétal à la peau pour éviter l'infection des plans abdominaux. Nouvelle suture entre le péritoine pariétal et la séreuse de la face antérieure de l'utérus, de façon à exclure la grande cavité séreuse. Le péritoine de la face antérieure de l'utérus et du pli vésico-utérin est alors incisé suivant une ligne verticale, et ses lèvres sont à leur tour suturées à la peau ; puis on décolle la vessie de l'utérus jusqu'à ce que la zone de la matrice, occupant le fond de la plaie, ait une étendue suffisante pour permettre l'incision nécessaire à l'extraction du fœtus ; en faisant le décollement vésico-utérin, il faut se tenir exactement sur la ligne médiane, car on y gagne de traverser une couche de tissu conjonctif dont les feuillets plus denses sont une garantie relative contre l'infection des feuillets plus lâches, placés au dehors.

On incisera l'utérus couche par couche, et, avant d'ouvrir sa cavité, on saisira les lèvres de la plaie utérine pour les attirer au dehors et les fixer à la peau avec des pinces ; afin de faciliter cette manœuvre, il convient de n'inciser la paroi utérine dans l'angle supérieur de la plaie abdominale qu'à 3 centimètres au-dessous de cet angle.

L'enfant extrait, on suture la paroi utérine aux lèvres de la plaie cutanée. La fistule se trouvant occuper des parties les plus inférieures de l'utérus, des adhérences solides ont le temps de se constituer, avant que la rétraction de l'organe ne menace de le détacher de la paroi : l'ouverture de la fistule se rétrécit vite : au cinquième jour il ne reste qu'un orifice de 5 centimètres. Si la fistule ne guérissait pas spontanément, il n'y aurait qu'à l'aviver.

Chez une patiente ainsi opérée par H. Sellheim, on constatait les particularités suivantes huit semaines après l'opération : le col était médian, se trouvait de niveau avec le milieu de la symphyse pubienne, adhérait à la cicatrice ventrale et regardait en bas. Au-dessous de la cicatrice abdominale, le corps de l'utérus se sentait sur toute son étendue ; quant au fond, il était à 7 centimètres au-dessus de la symphyse.

L'opération par fistule utéro-pariétale de Sellheim est la reprise d'une conception déjà ancienne et qu'avaient eue nombre d'accoucheurs : Martin, Olshausen, Testa, Braxton-Hiks, Barnes, Bayer, Frank, Tarnier, etc. Sellheim pratiqua une fois cette intervention et Dobbert la fit à nouveau, tous deux avec succès.

Il nous est actuellement presque impossible, dit C. Jeannin (octobre 1909) de porter un jugement motivé sur cette méthode ; le nombre infime des cas publiés (12 à

notre connaissance) ne nous permet pas de nous appuyer sur l'expérience clinique. Ce sont donc uniquement des considérations théoriques qui guideraient notre appréciation.

Sans doute, il est logique de penser, par l'exemple de ce que donne en chirurgie la marsupialisation des cavités infectées, qu'on se garde mieux de la péritonite et de la septicémie qu'en enfermant l'utérus dans l'abdomen. D'autre part il est bien certain que l'isolement de la grande cavité péritonéale n'a pas été strictement réalisé. Ce qui donne de la valeur au procédé « fistule utéro-pariétale », ce qui fera, — s'il se fait, — l'avenir de cette méthode, c'est qu'elle s'adresse à des cas infectés où l'on n'avait jusqu'à présent, que la double ressource également fâcheuse de la basiotripsie sur l'enfant vivant, ou de la césarienne mutilatrice (Porro ou hystérectomie). Si la marsupialisation de l'utérus doit nous éviter ce double sacrifice, sa légitimité est incontestablement établie. C'est à la clinique de nous renseigner.

D. — La laparo-colpo-hystérotomie de MM. A. Dührssen et Solms (de Berlin, 1909).

Le 13 janvier 1909, MM. A. Dührssen, et Solms, son assistant, présentaient à la Société de médecine berlinoise une malade dont le bassin était rétréci, et qui, désirant avoir un enfant vivant, avait subi une opération imaginée par M. Solms et consistant en une césarienne vaginale, combinée à une laparo-hystérotomie et ressemblant beaucoup à l'ancienne gastro-élytrotomie de Gaillard-Thomas, décrite plus haut : opération extra-péritonéale.

La parturiente accoucha d'un enfant vivant et sans complications consécutives.

Cette césarienne dernière venue, présente ceci de particulier : le placenta et les lochies étant évacués par le vagin, la plaie abdominale a moins de chances d'être contaminée, elle peut, en outre, être drainée à son point déclivé.

D'après M. Solms, la cicatrice ne pourrait se rompre lors d'accouchements postérieurs, et le danger d'embolies gazeuses serait considéré comme nul... L'opération serait également susceptible d'être appliqué aux cas de septicémie.

L'année suivante, A. Dührssen dans une intéressante monographie ayant pour titre « La metreurynter-incision » (Gynœk. Rùndschaù 1910) : 1° défend sa césarienne vaginale, et dans les cas où cette opération serait insuffisante, il conseille de préférence aux nouveaux procédés de césarienne supra-symphysaire (à la Frank, à la Sellheim) à la fistule utéro-abdominale de ce dernier, son procédé de laparo-colpo-hystérotomie.

Technique de la laparo-colpo-hystérotomie.

La femme étant placée dans la position obstétricale ordinaire, rapidement on ouvre le cul-de-sac antérieur et la paroi antérieure du col, en restant en dehors du péritoine ; cela fait, on incise la paroi abdominale parallèlement au ligament de Poupart (incision de von Ritgen (1821) dans son opération de l'inguinotomie) du même côté où se trouve la petite fontanelle.

Eventuellement à ce moment, on peut être amené à sectionner entre 2 ligatures le ligament rond attiré du canal inguinal et l'artère épigastrique inférieure.

La vessie ayant été écartée au cours de la colpotomie, on peut alors, d'en haut, à travers l'incision abdominale

porter directement un doigt sur l'extrémité supérieure de la plaie utérine et prolonger en haut et latéralement l'incision utéro-vaginale, de façon que les deux plaies se superposent et qu'il soit possible d'en extraire aisément l'enfant, à l'aide du forceps, au-dessus du bassin.

Le placenta est extrait « per vias naturales ». La suture de l'incision de l'utérus se fait par en bas, celle de la paroi abdominale par en haut. La plaie vaginale se rétracte au point qu'elle n'a pas besoin d'être suturée. Cette méthode opératoire n'offrirait aucune difficulté de technique : son principal avantage consiste en ce que le décollement, le refoulement de la vessie se réalise par le vagin, puis en ce que le drainage peut bien s'effectuer par le vagin.

Un cas est-il suspect d'infection on ne suture que la plaie abdominale, on laisse ouverte la plaie utéro-vaginale, et l'on bourre l'utérus et l'espace ante-cervical avec de la gaze iodoformée, d'autre part, contrairement aux autres méthodes on peut entreprendre celle-ci dès le début du travail à un moment où la mère ni l'enfant n'ont pu être encore compromis par l'acte de la parturition.

Comme la brèche disponible pour la sortie de l'enfant est pour la moitié dans le cul-de-sac du vagin, point n'est besoin d'attendre la distension du segment inférieur de l'utérus. Tout praticien peut, aidé de la sage-femme, exécuter ce procédé opératoire plus facile qu'un haut forceps, qu'une perforation dans un bassin rétréci ; et de plus, de nature à rendre inutile, en général, la perforation de l'enfant vivant, la césarienne classique et l'hébostéotomie : Ce serait, d'après M. Dührssen, l'opération de choix pour les dystocies par sténose pelvienne, et il conclut en disant que la césarienne vaginale dans sa forme simple, restera non seulement la méthode souveraine dans tous les

cas d'obstacles créés par les parties molles, mais que combinée avec l'incision dans le flanc elle prendra sa place dans la thérapie des bassins rétrécis.

Pour apprécier cette opération de MM. Dührssen et Solms, qui a priori paraît assez compliqué puisqu'elle réunit deux opérations qui ne sont pas déjà si simples : la césarienne vaginale et une laparotomie avec hystérotomie, il faudrait s'appuyer sur des exemples cliniques qui pour le moment font défaut, si nous exceptons les deux ou trois cas de l'auteur lui-même.

CHAPITRE IV

H. Sellheim condamne sans appel la césarienne classique lorsqu'il dit :

« ...Dans la césarienne classique, particularité remarquable, il n'y a pour ainsi dire pas apparence des efforts modernes pour exécuter plus soigneusement les opérations sous le couvert de l'asepsie.

» L'opération césarienne est, à l'heure actuelle, une opération presque aussi peu entourée de réflexion qu'à l'époque du moyen-âge : incision sur le bas-ventre, de l'utérus, au point le plus délicat et en un trait pour la plus grande commodité de l'opérateur et sans nulle préoccupation de la perte de sang. Et nos principes de division circonspecte de la paroi abdominale, d'isolement de la cavité abdominale, de ménagements de certains organes importants au point de vue fonctionnel, d'épargne de sang, d'emploi de matériaux de suture résorbables, c'est à peine si on les devine dans cette opération obstétricale grave. »

On ne peut pas être plus sévère pour l'opération classique. Les publications de J. Mouchotte, le rapport de A. Couvelaire sur l'opération césarienne pratiquée à l'ancienne mode (octobre 1909) pourraient, ce nous semble, répondre victorieusement à ces accusations.

Mais voici l'opinion de M. Doléris, sur les césariennes basses, qui n'est pas moins catégorique :

« Les césariennes basses sont très compliquées ; on les emploie non pour combattre l'hémorragie, mais l'infection. Or, on s'est trompé du tout au tout. On a eu autrefois la phobie du péritoine. Aujourd'hui, on ne l'a plus, car il est bien démontré que le péritoine est un mangeur de microbes comme il n'y en a pas. L'infection peut emprunter d'autres voies : le tissu cellulaire est le tissu qui, infecté, permet le plus facilement la production des septicémies. Et puis pourquoi être si partial ! La césarienne classique donne une mortalité de 4 pour cent. Le raisonnement et les chiffres montrent donc que c'est une fantaisie outrecuidante de chercher une autre méthode, car celle que nous tenons est bonne... »

Que devons-nous penser, en présence de deux opinions si absolues, et si nettement opposées ?

Avant d'essayer de dégager une conclusion de cette étude, nous croyons opportun d'examiner d'abord la valeur de chacune des deux méthodes de césariennes supra-symphysaires : transpéritonéale et extra-péritonéale ; nous verrons ensuite quels sont les avantages et les inconvénients de la césarienne du segment inférieur en général, et nous opposerons enfin à la césarienne classique, l'opération nouvelle.

1° Difficultés et accidents opératoires.

A. *Méthode transpéritonéale.* — Si nous nous plaçons, dans cette méthode, au point de vue des difficultés et accidents opératoires, nous voyons qu'ils nous paraissent assez réduits : On a noté que dans quelques cas rares, les sutures provisoires ou pinces à forci-pressure appliqués sur le péritoine, ont cédé au cours de l'extrac-

tion de l'enfant ou même de la délivrance, ou encore le péritoine a été déchiré pendant l'accouchement par version au niveau de l'angle supérieur de l'incision de la matrice.

B. *Méthodes extra-péritonéales.* — Il ressort du rapport de M. C. Jeannin à la Société Obstétricale de France (octobre 1909), que ces méthodes sont fertiles en difficultés et accidents opératoires, les unes et les autres relevant d'ailleurs d'un même facteur : le décollement péritonéal, si bien que ce qui constitue l'intérêt du procédé en question en forme, par contre-coup, la cause d'échec.

a) Comme nous l'avons vu dans les descriptions et observations précédentes, notamment pour le procédé de Sellheim, la déchirure du péritoine est de beaucoup l'accident le plus fréquent. Quand cette déchirure ne s'est pas accompagnée d'autre accident (hémorragie abondante, lésion vésicale), les opérateurs se sont contentés de réparer par suture la solution de continuité.

b) La déchirure de la vessie a été signalée trois fois sur 65 cas, soit dans la proportion de 4,6 pour 100. Dans le premier cas (Pfannenstiel), la vessie fut déchirée, ainsi que le péritoine, pendant les tentatives de décollement de la séreuse ; dans le deuxième cas (Latzko), la lésion fut produite par l'emploi d'une valve défectueuse ; dans le troisième cas (Fraipont), la vessie fut ouverte lors de son isolement du col utérin. Fraipont renonce d'ailleurs à cette pratique : « Dans mes trois dernières interventions, je n'ai plus décollé la vessie dans le but de dénuder le col utérin jusqu'aux insertions du vagin, cela m'a paru inutile parce que j'avais assez de place au-dessus de la symphyse. » Dans ces différents cas, une suture au catgut fut faite immédiatement, et les malades guérirent

sans grand accident. Impressionnés par cet accident, Pfannenstiel et Fraipont abandonnèrent, au cours de ces deux interventions, la méthode extra-péritonéale, et terminèrent par voie transpéritonéale.

c) L'hémorragie a été observée dans deux conditions différentes : 1° au moment de la section utérine ; mais il n'y a là rien de bien spécial à l'opération que nous étudions ; du reste, l'hémorragie de cette cause a été rare, puisqu'elle n'est notée que trois fois sur 65 opérations extra-péritonéales, et qu'elle l'avait été une fois dans l'opération transpéritonéale ; 2° au cours du décollement du péritoine ou de la vessie, celle-ci est plus intéressante, parce qu'elle est propre à la méthode en cause ; elle a été notée quatre fois : une fois par Frank ; le suintement se produisit quand on décolla le péritoine de la face postérieure de la vessie, et fut abondant ; une fois par Uthmöller : l'hémorragie, due à la rupture d'une veine rétro-vésicale, fut profuse, inondant en quelques secondes le champ opératoire ; l'opérateur ne poussa pas plus avant sa tentative de décollement et incisa le péritoine ; une fois par Fraipont, pendant le décollement de la vessie, et fut peu abondant ; l'hémorragie veineuse fut arrêtée par un tamponnement à la gaze ; une fois par Franz : il y eut une déchirure du péritoine et formation d'un hématome sous-séreux.

d) Une déchirure du muscle utérin se branchant sur l'incision fut observée une fois par Luchsinger. En somme, nous voyons que les accidents opératoires ont forcé trois fois les accoucheurs à abandonner la méthode extra-péritonéale pour avoir recours à la transpéritonéale (Pfannenstiel, Uthmöller, Fraipont).

Mais il convient, croyons-nous, d'établir une division entre les méthodes où le décollement du péritoine est

opéré de bas en haut (procédé Sellheim), et celui où il est opéré latéralement (procédés de Latzko, de Dôderlein). Dans ces derniers procédés, et surtout pour celui de M. Dôderlein, l'hémorragie, paraît-il, est minime ; on n'a jamais eu besoin de ligatures ou autres moyens d'hémostase ; la suture suffit complètement. La vessie ne peut être blessée parce qu'elle est située sur le côté.

Voici comment répartir les accidents entre ces différentes méthodes :

	Cas	Déchirure du péritoine	Déchirure de la vessie
Sellheim	37	13	2
Latzko	28	1	1

2° Considérations sur les césariennes supra-symphysaires.

A la fin de l'année dernière (1909), M. C. Jeannin avait réuni 127 cas de cette intervention pour angustie pelvienne.

A. *Mortalité.* — Sur 127 opérées, cinq ont succombé, soit une mortalité de 3,09 pour cent.

D'autres auteurs, Latzko en particulier, donnent un chiffre un peu supérieur : 5 pour 100. Admettons donc que la mortalité maternelle soit de quatre à cinq pour cent.

Il est intéressant de se rendre compte de l'allure des accidents infectieux dans les cas mortels. Dans un cas de Baümm, la malade est morte de pelvi-péritonite, le troisième jour, avec un énorme phlegmon de la plaie opératoire ; la femme que Sellheim a perdue a succombé le septième jour de péritonite généralisée, avec vaste sup-

puration du champ opératoire ; une opérée de Schauta a présenté un phlegmon suppuré du tissu cellulaire pelvien. Dans un cas de Krônig, il y a eu suppuration de la plaie utérine, abcès rétro-vésical, péritonite généralisée ; une malade de von Rosthorn est morte deux mois après l'intervention.

Ce qui frappe lorsqu'on rapproche ces différentes observations, c'est l'intensité et la constance des accidents locaux au niveau de la plaie opératoire.

B. *Morbidité.* — Pour apprécier la morbidité des suites opératoires, nous ne pouvons malheureusement pas, dit M. Jeannin, nous servir de toutes nos observations, car un certain nombre d'entre elles ne comportent à cet égard aucun détail. En réunissant celles où la marche des suites de couches a été relatée par l'opérateur, nous arrivons à un total de 104 observations ; or, sur ces 104 opérées, 32 ont présenté des accidents divers, soit une proportion de morbidité globale de 30,7 pour cent, c'est-à-dire près du tiers. Voici la nature des accidents observés :

a) On les note dans 26 cas, soit dans une proportion de 25 pour 100. Ces cas sont d'ailleurs de gravité très variable, ainsi qu'on peut s'en convaincre :

Elévation fébrile des premiers jours : 12 ;

Phlegmatia *alba dolens* : 2 ;

Suppuration de la plaie opératoire : 12.

Il convient d'insister sur la fréquence de ces accidents du côté de la plaie opératoire, puisque nous les notons chez 11,5 pour 100 des opérées ; l'importance est loin d'être toujours la même. Voici, en effet, ce qui a été observé : parfois, il n'y eut qu'un écoulement purulent par la plaie (Küstner, Luchsinger, Fraipont), ou la for-

mation d'un petit abcès superficiel (Dôderlein) ; dans d'autres cas, la nécrose des téguments et des fascias a été très étendue (Baümm), ou bien il s'est formé quelque collection cervico-suppurée dans la profondeur (Franz), une fistule cervico-pariétale (Küstner) a pu être la conséquence.

b) *Accidents divers.* — Ils ont consisté en œdème des organes génitaux (Sellheim), émission d'urines sanglantes (Uthmôller), hémorragie génitale (Fraipont), infiltration pré-vésicale (von Rosthorn), fistule vésico-vaginale (Franz), troubles urinaires de diverses natures (Kahn). On remarquera que presque tous ces accidents se passent du côté de l'appareil vésical, ce qui n'est pas fait pour surprendre étant donné le traumatisme que la césarienne supra-symphysaire fait subir à l'appareil de la miction.

3° Valeur comparée des méthodes nouvelles et de l'opération césarienne classique.

L'existence d'un rétrécissement du bassin a constitué l'indication de beaucoup la plus fréquente de l'opération supra-symphysaire. La mortalité maternelle, avons-nous déjà vu, s'élève en pareil cas à 4 ou 5 pour 100 ; quant aux enfants, cinq ont succombé sur 93, ce qui porte à 5,58 pour cent la mortalité infantile. Ces résultats favorables, dit M. C. Jeannin, permettent à la césarienne supra-symphysaire de soutenir le parallèle avec la césarienne classique.

La question actuellement en litige est de savoir si, en pareille occurrence, elle se montre ou non supérieure à cette dernière opération. D'après les chiffres, la supra-symphysaire paraîtrait remporter un léger avantage, du

moins en ce qui concerne la mortalité maternelle, puisque :

	Dans la césarienne classique	Dans la supra-symphysaire
Mortalité maternelle .	6,32 pour cent	4 à 5 pour cent
Mortalité fœtale . .	5,45 pour cent	5,58 pour cent

Nous remarquerons que le chiffre de 6,32 (Bar), représentant la mortalité maternelle, a été établi sur un nombre d'années beaucoup plus considérable que pour la césarienne supra-symphysaire, dont la statistique ne portait que sur deux ans, en 1909. Si l'on considère le nombre de césariennes classiques qui ont été faites durant ce même laps de temps (Mouchotte, Couvelaire, etc.), nous arrivons à un chiffre très voisin de quatre pour cent.

1° Si nous envisageons maintenant la facilité de l'acte opératoire, nous voyons que la césarienne classique est beaucoup plus simple ; il suffit de lire au hasard une technique de césarienne basse parmi celles décrites plus haut, pour se rendre compte que ce n'est pas précisément une opération se faisant en deux gestes, et qui ne se définit pas non plus en deux mots, selon la pittoresque définition de la césarienne classique par M. J. Mouchotte : deux incisions, deux sutures.

2° Au cours de l'intervention l'hémorragie est certainement moins abondante dans les supra-symphysaires que pour l'incision du corps de l'utérus, le segment inférieur étant plus mince et moins vasculaire ; mais rappelons-nous que dans son rapport sur la césarienne à l'ancienne mode, M. A. Couvelaire affirmait que nous devions « nous libérer de l'obsession des colossales hémorragies », la tonicité musculaire étant, après évacuation de l'utérus, l'agent essentiel de l'hémostase, et cette tonicité musculaire fait justement défaut dans le segment inférieur ; nous pouvons donc retourner l'argument.

3° La blessure des organes voisins existe dans les deux cas : dans la césarienne classique on peut léser l'intestin ; dans la césarienne basse, la vessie est exposée aux traumatismes, du moins dans les méthodes qui tentent le décollement de cet organe et du péritoine.

4° Au point de vue du mécanisme de l'accouchement, nous citerons l'argument de M. Sellheim, à savoir que, dans la section basse, on laisse pour ainsi dire l'accouchement se faire naturellement ; on le rend aussi semblable que possible à la parturition physiologique, le muscle utérin continuant de jouer son rôle habituel, l'incision n'ayant pas porté, en effet, sur la partie active, contractile ; le fœtus quitte la cavité utérine presque par les voies naturelles.

5° Si nous considérons maintenant les risques d'infection : à priori, il n'y a point de doute, et tout l'avantage semble revenir à la méthode supra-symphysaire, extra-péritonéale ou transpéritonéale ; la grande cavité séreuse paraît autrement à l'abri que dans la césarienne classique. Et, de ce fait, on serait autorisé à opérer dans tous les cas, même en présence d'une infection nettement caractérisée ? C'est là le nœud de la question ; c'est ce qui constitue l'intérêt principal des méthodes basses. Les premiers opérateurs l'ont cru, mais les échecs essuyés à cet égard par Sellheim, Baumm, Küstner et d'autres ont rendu les accoucheurs moins hardis. A la péritonite si redoutée, s'est substituée, en effet, la cellulite pelvienne (infection du tissu cellulaire par les germes venus de l'utérus, point de départ d'une péritonite), ou d'une septicémie généralisée. Le tissu cellulaire serait-il aussi sensible aux micro-organismes que le péritoine ? Voici, à ce sujet, l'opinion de M. Latzko (de Vienne) : « Si contre cette condition réclamée par l'acte opératoire de rester extra-péritonéal, on a objecté en beaucoup l'exagérant le

danger d'infection du tissu conjonctif, tout en attribuant, au contraire, au péritoine, une faculté extraordinaire de tuer les germes virulents, on a en réalité établi un paradoxe en désaccord avec les données générales de la chirurgie ; une plaie conjonctive, à traitement ouvert ou bien drainée, se défend mieux contre une infection existante que le péritoine ; le péritoine est toujours le réactif le plus sensible de la rigueur de notre antisepsie... »

D'autre part, M. Otto Kneise (de Halle, dans le *München med. Wochenschrifft,* 1909), n'est pas moins affirmatif : « ...Sous le rapport du pronostic, lorsqu'il s'agit de cas suspects, le pronostic reste beaucoup moins sévère quand le péritoine est intact, n'est pas ouvert... » Comme Latzko, il nie formellement que la grande séreuse soit douée d'un pouvoir de résistance si grand contre les agents virulents, et, fort de sa grande expérience, des résultats obtenus dans le traitement d'affections sévères de l'appareil uro-poiétique (processus suppurés des reins, des uretères, de l'urèthre, etc.), qui nécessite de grands délabrements du tissu conjonctif, il affirme que certains gynécologues ont grand tort de comparer aux effets graves des effractions du péritoine, ceux de ces délabrements conjonctifs ; grâce au traitement ouvert de ces délabrements et au drainage, on évite presque à coup sûr les complications sérieuses. D'autre part, l'expérience montre que le péritoine, si bien suturé soit-il, après avoir été ouvert, ne saurait constituer une barrière aussi solide à l'invasion des germes virulents, que lorsqu'il n'a pas été entamé.

Malheureusement, comme nous l'avons vu plus haut, les résultats cliniques sont en désaccord avec de si séduisantes théories.

Dans un article paru dans la *Presse Médicale* (30 juil-

let 1910), M. C. Jeannin envisage la question d'intervention lorsqu'il s'agit de rétrécissement pelvien chez une femme qui n'est plus en état d'asepsie. « Nous sommes prêts, dit-il, à adopter toute nouvelle méthode qui nous permette d'opérer là où nous n'avons pu le faire avec le procédé classique. La section supra-symphysaire est-elle justement cette méthode révée ? Il convient d'établir tout d'abord une différence absolue entre l'opération transpéritonéale et les opérations extra-péritonéales. Il n'est pas douteux que la voie transpéritonéale ne donne qu'une garantie illusoire. Peut-on en effet, parler d'intégrité de la cavité péritonéale, quand on incise par deux fois la séreuse ? Nullement. D'ailleurs les plus ardents défenseurs de ce procédé l'ont si bien compris qu'ils ont tous enseigné qu'il fallait s'abstenir de cette opération chez toute femme infectée. Reste la voie extra-péritonéale.

» A priori, elle devrait être beaucoup plus sûre. Pourtant, les chiffres ne lui accordent aucun avantage, la mortalité maternelle étant, d'après les statistiques, exactement la même qu'on ait suivi l'une ou l'autre voie. Cela tient sans doute pour une forte part à ce que bien souvent, en dépit de toutes les précautions prises, l'intégrité de la séreuse abdominale n'est pas respectée. Nous voyons, en effet, que dans douze pour cent des cas, il s'est produit, au cours du décollement, une déchirure du péritoine. Cela tient aussi à ce que ces procédés exposent parfois au redoutable accident qui est la déchirure de la vessie. Sans doute, il y a, à ce double point de vue, des procédés supérieurs aux autres ; il semble bien que la méthode de Dôderlein est beaucoup plus sûre que celles qui ont été antérieurement préconisées : sur dix cas, cet auteur n'a enregistré que des succès ; mais, hâtons-nous

d'ajouter qu'il s'agissait toujours de femmes non infectées.

» Si, d'autre part, nous tenons compte de la longueur de l'opération, facteur capital à coup sûr, de l'indéniable gravité de l'infection du tissu cellulaire pelvien, nous nous demandons si la section extra-péritonéale constitue au point de vue qui nous intéresse un progrès sur la césarienne habituelle ? Le mieux que l'on puisse dire, c'est que ce progrès n'est, à l'heure actuelle, nullement démontré. »

6° Enfin, au point de vue des accidents ultérieurs, nous savons que, dans les nouvelles méthodes, l'incision porte sur le segment inférieur. Comment se comportera la cicatrice lors d'accouchements ultérieurs, lorsque le segment inférieur va éprouver le maximum d'élongation, de tiraillements ? On a dit de l'opération classique qu'elle conduisait presque fatalement la femme à la stérilisation, à l'hystérectomie, dans un laps de temps plus ou moins proche. Quel avenir est réservé aux césarotomisées par césarienne supra-symphysaire ?

A la fin de l'année dernière, depuis 1907, en deux ans par conséquent, M. Frank avait opéré 200 cas. Parmi ces 200 opérées, il serait intéressant de connaître le résultat des accouchements ultérieurs.

En mars 1910, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, nous trouvons une observation d'accouchement spontané chez une femme ayant subi antérieurement une opération supra-symphysaire :

OBSERVATION

B... qui avait déjà subi le 8 juillet, pour placenta prævia et rétrécissement du bassin la césarienne supra- symphysaire, réaccoucha spontanément le 27 mai 1907, après 6 heures de travail,

d'un enfant de 2.500 grammes. Au cours de la grossesse aucun malaise sub partu, nulle difficulté du fait de la cicatrice antérieure créée dans le segment inférieur.

Extension normale de ce segment inférieur et délivrance normale.

Le 29 septembre 1908, nouvel accouchement normal d'un enfant de 2.700 grammes et présentation du siège. Travail tout à fait régulier. Dans les suites de couches de ces 3 accouchements, jamais l'utérus ne fut trouvé en rétro-flexion.

Nous voyons, d'autre part, que, dans la clinique de Frank, sur un total de 48 accouchements supra-symphysaires, quatre femmes ont été réopérées, deux pour la deuxième fois, deux pour la troisième fois.

Observation Première

B..., opérée une première fois, revint à la clinique le 6 octobre 1907, pour accoucher de nouveau, après avoir été au dehors examinée par une sage-femme.

Sans attendre la rupture des membranes, immédiatement, césarienne supra-symphysaire, comme la première fois. Dans l'incision qui avait été drainée, une hernie s'était produite, dans laquelle faisait saillie le segment inférieur de l'utérus avec la tête première.

Incision transversale à la limite supérieure de l'incision ancienne ; pas d'adhérences au niveau du péritoine ; on réussit, après décollement du pli de réflexion du péritoine, à exclure la cavité péritonéale, grâce à une suture avec le péritoine pariétal. Au niveau de l'utérus, nulle apparence de cicatrice. Après incision transverse de l'utérus, sortie spontanée, à travers cette incision, d'un enfant de 3660 grammes, long de 52 centimètres. Suture de l'utérus au catgut, après tamponnement à la gaze iodoformée, se continuant dans le vagin. La suture utérine fut recouverte avec de la gaze iodoformée, qui fut amenée presque dans l'angle gauche de la plaie abdominale ; par dessus les parois abdominales furent

suturées en étage. Suites de couches régulières, apyrétiques. Exeat le 22e jour ; mère et enfant (3900) bien portants.

Observation II

Opération par le procédé de Frank, ayant pour objectif essentiel d'exclure la plaie utérine de la cavité péritonéale, partant de prévenir la propagation à travers la suture utérine de processus infectieux de l'utérus au péritoine.

Incision du ventre comme auparavant ; péritoine ouvert pour s'orienter, repli péritonéal refoulé d'en dehors de la vessie, suture de la fenêtre séreuse ; incision utérine transversale et exactement extrapéritonéale. Opération faite le 23 novembre 1907, la première intervention datant du 18 mai 1906 ; on ne constate, sur la paroi utérine, rien qui put faire craindre une rupture de l'utérus, bien qu'il se fut écoulé 6 heures depuis le début du travail et 2 heures depuis la rupture de la poche des eaux. L'enfant, du poids de 2450 grammes, long de 43 centimètres, sortit spontanément en O P après une légère pression sur le fond de l'utérus. Suture et drainage de l'incision utérine, comme dans le cas précédent. Durant les suites de couches, rétention des lochies, qui nécessita le drainage de l'utérus. Elévation de température, mais au-dessous de 38°5. Guérison sans hernie. Exeat le 15 décembre. Enfant bien portant, du poids de 2600 grammes.

Observation III

D..., entre en travail le 1er janvier 1909. Début des douleurs le matin à 6 heures ; dilatation de 2 francs environ ; poche des eaux intacte. Après un travail très actif, rupture des membranes vers une heure 3/4 de l'après-midi. On attendit encore, dans l'idée d'une extension plus grande du segment inférieur. Vers 3 heures 1/4 de l'après-midi, opération. Incision du ventre au-dessus de la cicatrice et un peu à gauche. Le ventre ouvert, nulle apparence d'adhérences ; le pli de réflexion du péritoine est si haut qu'il n'est aucun besoin de décoller le péritoine de la vessie et qu'il suffit de refouler directement d'en dehors ce pli de réflexion en haut pour pouvoir inciser l'utérus ; sur l'utérus, nul vestige de cicatrice. Il faut, parce qu'il y a procidence du bras

droit, tourner l'enfant et dégager la tête dernière (version laborieuse).

Enfant du poids de 3950 grammes, long de 49 centimètres. Exeat après quatre semaines ; femme bien portante, plaie cicatrisée. Utérus bien involué, en attitude normale ; parametrium libre.

Le 8 septembre 1909, on constate une nouvelle grossesse à 7 mois, qui, du reste, a évolué normalement en dépit d'une hernie de la grosseur du poing à l'extrémité gauche de l'incision.

Les précédentes observations nous montrent la possibilité d'une nouvelle grossesse chez une femme ayant subi l'opération supra-symphysaire. Nous voyons que la cicatrice s'est bien comportée durant la grossesse, et qu'à l'occasion d'une nouvelle intervention — d'ailleurs tentée avec succès — on n'a pas remarqué d'adhérences.

Mais ces quelques cas ne nous permettent guère de conclure. De même pourrons-nous dire pour la césarienne classique : il ne se passe pas de semaine sans que quelque revue ou journal médical ne signale des grossesses ayant évolué normalement chez des césarotomisées, ou des césariennes itératives pratiquées avec succès. Néanmoins, d'une façon générale, le pronostic à ce sujet reste très réservé. Histologiquement, la partie de l'organe qui a supporté l'incision présente des modifications profondes et définitives ; au tissu musculaire contractile et élastique a succédé un tissu fibreux aminci, inextensible et fragile. Nous ne croyons pas que ce tissu cicatriciel soit différent lorsque l'incision porte sur le segment inférieur de l'utérus, et quoi qu'on ait pu dire, on ne paraît pas davantage, d'une façon absolue, à l'abri de déchirures consécutives, et cette rupture aura de grandes chances de se produire au moment de l'ampliation, de l'extrême amincissement du segment inférieur.

CONCLUSIONS

Dans cette modeste étude, nous nous sommes d'abord attaché à décrire les principaux procédés atypiques d'opération césarienne. Si nous exceptons ceux où l'incision porte sur le fond de l'organe (opérations de Fritsch et de Müller), nous avons vu que ces procédés opératoires peuvent être réunis sous le nom générique de césariennes supra-symphysaires, chez lesquelles l'incision de l'utérus est faite au niveau du segment inférieur.

Un certain nombre d'opérateurs (Frank, Sellheim, Pfannenstiel), pour aborder ce segment inférieur, ont passé à travers le péritoine (méthodes transpéritonéales) ; d'autres ont suivi la voie extra-péritonéale, soit par décollement du péritoine vésical (Phyzick, Sellheim, Fraipont), soit en laissant le péritoine adhérent à la vessie Latzko, Dôderlein). Nous citerons enfin la marsupialisation de l'utérus de M. S. Sellheim, et l'hystérotomie combinée à la césarienne vaginale, opération dernière venue de MM. A. Duhrssen et E. Solms.

Pouvons-nous essayer de dégager une conclusion de l'examen de ces nombreuses méthodes, posées en rivales de l'opération classique ? La plupart sont très récentes, et l'observation ne porte que sur un nombre de cas assez restreint. Dans l'état actuel de la question, essayer de conclure serait peut-être prématuré. Nous nous permet

trons seulement quelques réflexions suggérées par l'étude des différentes techniques et des observations publiées.

I. — Pour les méthodes chez lesquelles l'incision porte sur le fond de l'utérus, nous avons vu qu'elles paraissaient devoir être conservées à titre de procédés d'exception, et qu'à ce titre nous pouvions leur reconnaître les indications suivantes : 1° à l'incision de Müller, l'existence d'une très forte antéversion utérine (chez certaines cyphotiques), ou adhérences de la face antérieure de l'utérus ; 2° à l'incision de Fritsch, l'impossibilité de pratiquer l'incision sagittale de Müller, dans les conditions où celle-ci se trouve indiquée, par suite d'adhérences s'étendant jusqu'à la partie supérieure de la face antérieure de l'organe.

II. — Pour les méthodes supra-symphysaires :

1° Nous croyons pouvoir dire d'une façon générale que l'opération paraît plus longue et plus compliquée que la césarienne classique.

2° Les accidents opératoires sont assez fréquents, surtout avec des techniques qui s'efforcent d'être extra-péritonéales (déchirures du péritoine, hémorragies au cours du décollement du péritoine de la vessie, exception faite pour les procédés de Latzko et de Dôderlein).

3° L'hémorragie au cours de l'intervention paraît être moins abondante que dans l'ancienne césarienne.

4° L'intestin n'est pas exposé aux traumatismes, mais la vessie court des dangers, du moins pour les méthodes qui tentent de décoller cet organe du péritoine.

5° L'accouchement paraît plus physiologique, le fœtus suivant une filière presque naturelle (H. Sellheim).

6° La mortalité maternelle, d'après les statistiques ac-

tuelles, ne paraît pas devoir être moindre que pour la césarienne classique (4 à 5 pour 100 ; la mortalité fœtale également (5 pour 100).

7° Les risques d'infection seraient presque aussi grands : *a*) parce que ces méthodes sont rarement strictement extra-péritonales (déchirures du péritoine) ; *b*) parce que le tissu cellulaire pelvien est susceptible, presque autant que le péritoine, de s'infecter ; donc, si nous faisons une exception pour le procédé de « fistule utéro-pariétale » de M. H. Sellheim, sur la valeur duquel l'avenir nous renseignera, il paraît aussi dangereux d'opérer une femme infectée, ou présentant un début d'infection, par la césarienne basse que par la césarienne classique.

8° Enfin, au point de vue des accidents lors des grossesses ou des accouchements consécutifs à l'incision du segment inférieur, on est en droit de penser aux ruptures utérines au niveau de la cicatrice, tout comme pour l'opération césarienne classique.

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traité pratique d'accouchement.

Baudelocque (A.). — Nouveau procédé pour pratiquer l'opération césarienne. Thèse de Paris, 1823.

— De l'élytrotomie ou section du vagin. Mémoire, Paris, 1844.

Baumm (P.). — Die supra-symphysâre Entbindung. Zentral Blatt. für. Gynâk. Leipzig, 1908.

— Aperçu sur 40 opérations césariennes supra-symphysaires.

— Supra-symphysârer Kaiserschnitt. Gynâkologische Gesellschaft in Breslau, 3 décembre 1907.

Bumm. — Supra-symph. Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geburts und Gynâk., 1908.

Couvelaire (A.). — Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice, pratiquée à l'ancienne mode. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris, 1909.

Dührssen (A.). — Der vaginale Kaiserschnitt. In V. Winckl. Handburch d. Geburtch, 1906.

— Die Laparo-Kolpo-Hystérotomie. (Eine Kombination der Ritgen'schen Gastro-Elytrotomie und des vaginalen Kaiserschnitt) als neue Thérapie der engen Beckens. Berlin. Klinisch. Wochenschrift., 1er février 1909.

— Die Metreurynterschnitt Gynœk. Rundschau, 1910.

Doleris (J.-A.). — Section césarienne « sous-péritonéale latéralisée », procédé de Dôderlein. Compte-rendu Soc. d'Obstétr., de Gyn. et de Péd. de Paris, 1910.

De Bovis. — L'opération césarienne extra-péritonéale. La Semaine Médicale, janvier 1910.

Dôderlein (A.). — Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt (Zentral Blatt f. Gynæk. 27 janvier 1909).

— Communications. Société Obstétricale de France, octobre 1909.

Fritsch. — Ein neuer Schnitt bei der Sectio cœsarea. (Zentral Blatt f. Gynæk, 1897.)

Frank (F.). — De l'accouchement par voie supra-symphysaire. Comparaison avec les autres procédés opératoires pour bassin rétréci. Semaine Médicale, 15 mai 1907.

— Ueber supra-symphysâre Entbindung und Beckenerweiterung. XVI[e] internationaler médizinischer Kongress in Budapesth, 1909.

— Césarienne supra-symphysaire strictement extra-péritonéale. Procédé appliqué par F. Frank dès le 7 juin 1908. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Paris, mars 1910.

— Die supra-symphysâre Entbindung und ihr Verhâltniss zû den Anderen Operationen bei engen Becken. Arch. f. Gyn. Berlin, 1907.

Fraipont (F.). — Quelques méthodes nouvelles d'opération césarienne. Quatre opérations d'après le procédé de Sellheim. Scalpel, Liège, 1908.

Fromme. — Ueber Extraperitonealen Kaiserschnitt. (Zentral Blatt f. Gyn., 25 avril 1908.)

Fabre. — Précis d'obstétrique. Paris 1910.

Freund (H.). — Simplication de la méthode de Frank.

Césariennes complètement extra-péritonéales. Analyse in Semaine médicale, 30 juin 1909.

Gaillard-Thomas (T.). — Laparo-Elytrotomy. American Journal of Ostetrical, Vol. XI, numéro 11, avril 1878.

— La Gastro-Elytrotomie. Masson. Thèse de Paris, 1878.

Hartmann (R.). — Ueber Wiederholte supra-symphysaere Entbindungen (Gynæk. Rundschau., Berlin und Wien., 1909. — Annales de Gyn. et d'Obst., mars 1910).

Hofmeier. — Der Extraperitoneale und der supra-symphysœre Kaiserschnitt. Zentral Blatt Gyn., Leipzig, 1908.

— C. Extra-péritonéale et supra-symphysaire, procédé Sellheim. Observations et discussion. Zentral Blatt. f. Gyn., 1908. — Annales de Gyn. et d'Obs., 1908.

Jeannin (C.). — L'opération césarienne. Méthodes atypiques. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Paris, 1909.

— Les nouvelles méthodes de césarienne permettent-elles d'étendre les indications de cette intervention ? Presse médicale, 30 juillet 1910.

Jeannin (C.) et Garipuy. — Incision du col de l'utérus pendant l'accouchement et césarienne vaginale de Dührssen. VI[e] Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie, Toulouse, 22-27 septembre 1910.

Küstner, Baumm et Biermer. — Aperçu sur 40 opérations césariennes supra-symphysaires. Société de Gynécologie de Breslau, décembre 1909. Analyse in Presse Médicale, 11 juin 1910.

Küstner (O.). — Ueber den Extraperitonealen Kaiserschnitt. Seine Technik und Indikations-Stellung. (München. Med. Wochens., août 1909).

— Ueber Sellheim's Extraperitonealen cervicalen Kaiserschnitt. Zentral Blatt f. Gyn., Leipzig, 1908.

Kneise. — Zûr Frage des extraperitonealen Kaiserschnittes. Zentral Blatt f. Gynâk., 10 juillet 1909.

Latsko (W.). — Der Extraperitoneale Kaiserschnitt. Seine Geschichte, seine Technik, ûnd seine Indikationen. Wien. Klin. Wochenschr., 8 avril 1909.

— Ueber den Extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentral. Blatt. f. Gyn. 20 février 1909.

Mouchotte (J.). — Remarques concernant une série de 14 opérations césariennes conservatrices. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, octobre 1908 — Semaine médicale, 1909.

Masson (A.-M.). — De la gastro-élytrotomie. Thèse de Paris, 1878.

Müller (P.). — Der Kaiserschnitt und seine modifikationen. Congrès period. internat. d. sc. méd. C. R., Copenhague, 1886.

Pfannenstiel. — De la césarienne transpéritonéale au moyen de l'incision longitudinale inférieure cervico-méso-utérine. Deutsche med. Wochens. Leipzig und Berlin, 1908.

Physick. — Traité d'accouchement de Dewees. Philadelphie, 1822.

Ribemont, Dessaigne et Lepage. — Traité d'obstétrique.

Rübeska (W.). — Ueber den Extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentral Blatt f. Gyn., 14 août 1909.

— Die Technik des Extraperitonealen Uteruschnittes und der Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. Beitrâge f. Geburtsh. und Gyn., 1909.

— La section utérine extra-péritonéale. Zentral Blatt f. Gynâk 1908, et Annales de Gyn. et Obst., 1908.

— Accouchement par fistule utéro-abdominale. Zentral Blatt f. Gynækol., 16 mai 1908. — Semaine médicale, août 1908.

Solms (E.). — Die Anwendung des vaginalen Kaiserschnitts bei engen Becken (Laparo-colpo-hysterotomie), Berlin, Klin. Wochens., 1er février 1909. — Semaine Médicale, 1909, p. 36.

Thomas (Gaillard). — Gastro-Elytrotomy. A substitute for the Cœsarean section.

Zaccharias (P.). — Sectio Cœsarea conservativa in der Schwangerschaft aùs relativer Indication dûrch sagittalen Fundalschnitt (in des Worderwand) mit post operationem Ileus ; Relaparotomy (Heilung Arch. f. Gyn., Berlin, 1904). — Nouvelle laparotomie pour ileus après opération sagittale du fond de l'utérus.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 14 janvier 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 13 janvier 1911
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !